

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

## การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วิเชียร เทียนจรรย์วัฒนา พ.บ.\*

กิตติพร เนาวิสุวรรณ ศษ.ด.\*\*

สายสมร วชิระประพันธ์ วท.ม.\*\*\*

\* สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสงขลา

\*\*\* นักวิจัยอิสระ

วันรับ:	16 ก.ย. 2564
วันแก้ไข:	5 พ.ค. 2564
วันตอบรับ:	15 พ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ วิธีการวิจัยมี 2 ขั้นตอนคือ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit; PCU) หรือ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (network primary care unit; NPCU) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ 386 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 เก็บข้อมูลแบบ online survey ผ่าน application LINE วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารที่เชี่ยวชาญงานกำลังคนสาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และผู้ปฏิบัติงานที่ PCU หรือ NPCU เครื่องมือวิจัยเป็นแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากสัมภาษณ์โดยตรงและทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข ได้แก่ PCU หรือ NPCU มีโครงสร้างที่มีกฎกระทรวงรองรับ มีกรอบอัตรากำลังทั้งหมดประกอบและจำนวนขั้นต่ำขั้นสูงเพื่อปรับให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ควรบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบผสมผสานทั้งรวมศูนย์อำนาจและกระจายอำนาจ สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข ได้แก่ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเข้ามาในระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยมีเส้นทางความก้าวหน้าชัดเจน บรรจุตำแหน่งข้าราชการ มีค่าตอบแทนที่มากเพียงพอ ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ยอมรับ ส่วนการกระจายและการธำรงรักษาบุคลากรได้แก่ มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทำงานใกล้บ้าน มีธรรมาภิบาลในการประเมินความก้าวหน้า

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข; กระทรวงสาธารณสุข

### บทนำ

การบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการที่ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น<sup>(1,2)</sup> โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางในการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาระบบ

บริการปฐมภูมิ ด้วยการปฏิรูปหลัก 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ลดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้วยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2) บริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบ

สนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ด้วยการปฏิรูประบบบริการ (3) บูรณาการงานสาธารณสุขให้เข้ากับหน่วยงานทุกภาคส่วน ด้วยการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ (4) แสวงหารูปแบบความร่วมมือเชิงนโยบาย ด้วยการปฏิรูปความเป็นผู้นำ และ (5) ผลักดันการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย<sup>(3)</sup>

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมিরะหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<sup>(4)</sup> ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และป้องกันการเกิดโรคหรืออาการแทรกซ้อนในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้ว สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ช่วยลดการใช้บริการทางสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วย “ทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT)” เพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือน โดยแต่ละทีมมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นผู้ดูแล และมีแพทย์ จากโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา มีกระบวนการเชื่อมโยงประสานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับให้บริการเฉพาะทางในโรงพยาบาล รวมถึงการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพและภาคส่วนอื่นในการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในหมวด 16 การปฏิรูป

ประเทศมาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วทั้งประเทศภายใน 10 ปี และมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ให้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรมในกรอบเวลาที่กำหนด<sup>(5)</sup> ให้มีทีมหมอครอบครัว 6,500 ทีมในเวลา 10 ปี<sup>(6)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ รวม 10 สายงาน โดยกำหนดสัดส่วนให้ทันตแพทย์ เกสัชกร และกายภาพบำบัดหนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้นต้องรวมทีมหมอครอบครัว 3 ทีมเข้าด้วยกัน บูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและรพ.สต. ในปี พ.ศ. 2562 ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit; PCU) หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (network primary care unit; NPCU) อย่างน้อยต้องประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวมเป็น 5 คน โดยการรวมกันของ รพ.สต. เพื่อให้มีจำนวนประชากรรับผิดชอบ 8,000 คนขึ้นไป จึงจะขึ้นทะเบียนให้เป็น PCU หรือ NPCU กับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) แต่ รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (เขตสุขภาพที่ 1-12) มี 9,774 แห่ง แบ่งเป็น 3 ขนาด (เล็ก กลาง ใหญ่) ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก (ประชากรรับผิดชอบน้อยกว่า 3,000 คน) มี 3,220 แห่ง รพ.สต. ขนาดกลาง (ประชากรรับผิดชอบ 3,000-8,000 คน) มี 5,457 แห่ง และ รพ.สต. ขนาดใหญ่ (ประชากรรับผิดชอบมากกว่า 8,000 คน) มี

1,097 แห่ง ดังนั้น เฉพาะ รพ.สต. ขนาดใหญ่ สามารถยกระดับเป็น PCU ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ส่วนใหญ่เป็น รพ.สต. ขนาดกลางและเล็กจะต้องรวมกันหรือรวมกับ รพ.สต. ขนาดใหญ่ จึงสามารถยกระดับเป็น PCU หรือ NPCU ทั้งนี้ ต้องอยู่ในพื้นที่ที่ติดกันตามลักษณะภูมิศาสตร์ และโครงสร้างกำลังคนของ รพ.สต. จะมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง แต่ไม่ครบตามที่ออกแบบสำหรับ PCU หรือ NPCU ดังนั้น จำเป็นต้องดึงกำลังคนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาสนับสนุน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษัชกร ทันตแพทย์ และกายภาพบำบัด<sup>(7)</sup>

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาการกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ไม่ครอบคลุม ตลอดจนประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ และที่สำคัญคือการขาดการวางแผน การบูรณาการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร<sup>(8)</sup> รวมทั้งปัญหาการได้รับงบประมาณลดลง บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในระบบบริการปฐมภูมิ การให้บริการอย่างเป็นองค์รวม การผสมผสานบริการ การดูแลแบบต่อเนื่อง การประสานบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการสร้างแรงจูงใจยังไม่ชัดเจน ตลอดจนการขาดความชัดเจนในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานบริการปฐมภูมิ<sup>(9)</sup> ดังนั้น การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรม จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนสาธารณสุข

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรม โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากแนวคิดองค์การอนามัยโลก<sup>(10)</sup> ที่กำหนดกรอบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ (human resources for health action framework: HAF) ไว้

## วิธีการศึกษา

วิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ก. วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาจาก 2 ส่วน คือ ข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลปฐมภูมิ

### 1. การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

1.1 ทบทวนกรอบการดำเนินงานด้านกำลังคนสุขภาพจากทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์และแนวคิดการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก<sup>(10)</sup>

1.2 ใช้ข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง 10 สายงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 จากฐานข้อมูลกำลังคน กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงฯ<sup>(11)</sup> เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานกำลังคนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### 2. การศึกษาจากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ที่ขึ้นทะเบียนกับ สสป. กระจายทั่วประเทศ จำนวน 2,142 แห่ง ข้อมูล ณ 17 มีนาคม 64<sup>(12)</sup> ประกอบด้วย 10 สายงานที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดให้บุคลากรใน PCU หรือ NPCU อย่างน้อยต้องประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวมเป็น 5 คน ดังนั้น ประชากรที่ศึกษาชั้นต่ำทั้งหมด  $2,142 \times 5 = 10,710$  คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ส่วนหนึ่งของประชากรโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรของ Yamane T<sup>(13)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 386 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก

แนวคิดการดำเนินงานด้านกำลังคนสุขภาพขององค์การอนามัยโลก<sup>(10)</sup> ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนา กำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นรูปธรรม

#### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ สสป. โดยใช้ application LINE และให้ตอบผ่าน Google form จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบ online survey ได้ส่งแบบสอบถามไปที่ สสป. เพื่อส่งต่อไปบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ทั่วประเทศที่ขึ้นทะเบียนกับ สสป. โดยใช้ application LINE และให้ตอบผ่าน Google form ใช้เวลา 2 สัปดาห์จึงยุติตามที่ระบุเวลาไว้ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่า มีข้อมูลที่สมบูรณ์ 851 ชุด จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ตามสัดส่วนของบุคลากรแต่ละสายงาน ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 386 คน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

#### ข. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนด้าน

สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

#### ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารที่เชี่ยวชาญงานกำลังคนสาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2) ผู้ปฏิบัติ คือ บุคลากร 10 สายงานที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU กระจายใน 5 ภาคทั่วประเทศ ได้แก่ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง ตะวันออก และใต้ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในคลินิกหอออดครีวมากกว่า 1 ปี ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ที่ขึ้นทะเบียนกับ สสป. รวมทั้งยินยอมให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถทำตามกระบวนการทั้งหมดของการวิจัยได้

#### เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นจากกรอบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ<sup>(14)</sup> รวมทั้งจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>(15)</sup> มีลักษณะคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความคิดเห็นที่มีต่อแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข โดยคำถามสำหรับผู้บริหารจะมุ่งเน้นเชิงระบบ ส่วนผู้ปฏิบัติจะเน้นการปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสองกลุ่ม ๆ ละ 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้สื่อความหมายได้ชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลกับกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติทางโทรศัพท์ แนะนำตัวเองและอธิบายถึงรายละเอียดงานวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล หากยินยอมให้สัมภาษณ์ จะติดต่อทาง application LINE ส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดพร้อมหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ให้ลงนามและส่งกลับคืน จากนั้นจึงนัดวันเวลาสัมภาษณ์ เมื่อถึงเวลานัดหมาย จะขอ

ความยินยอมด้วยวาจาอีกครั้ง และดำเนินขั้นตอนตามวิธีการสัมภาษณ์โดยตรงและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที

#### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและจากการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งจากข้อมูลแหล่งอื่น นอกจากนี้ยังนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับผลการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อดูความสอดคล้อง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สกัดและจำแนกข้อมูล (typological analysis)<sup>(16)</sup> ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำหนดไว้ แล้วจึงทำการสรุป และรายงานผลการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ให้สัมภาษณ์ในรายละเอียดของงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และบอกสิทธิในการถอนตัว หากยินยอม และให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

## ผลการศึกษา

### ชุดที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

บุคลากรปฏิบัติงาน 10 สาขาวิชาชีพหรือสายงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2563 เทียบกับกรอบอัตรากำลังตามที่เกณฑ์กำหนด ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564

ข้อมูลพื้นฐานกำลังคน 10 สายงาน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 จากฐานข้อมูลของกองบริหารทรัพยากรบุคคล ยังไม่มีข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนสายงานนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขจะถูกกำหนดให้อยู่รวมกันและสามารถทดแทนกันได้ จากตารางที่ 1 พบว่า มีเพียง 3 สายงานเท่านั้นที่ภาพรวมทั้ง 12 เขตสุขภาพมีจำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงในปี 2563 อยู่ระหว่างเกณฑ์ขั้นต่ำและขั้นสูงตามกรอบอัตรากำลังสำหรับปีงบประมาณ 2560-2564 คือ สายงานแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ และมีจำนวนเกินขั้นต่ำไม่มากนัก ในขณะที่ 7 สายงานที่เหลือมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข

ตารางที่ 1 กรอบอัตรากำลัง 10 สายงานและจำนวนที่มีจริงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ สังกัด สป. เขตสุขภาพที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2563

ลำดับที่	สายงาน	กรอบอัตรากำลัง (คน)		จำนวนที่มี (คน)	ร้อยละเทียบจากขั้นต่ำ
		ขั้นต่ำ	ขั้นสูง		
1	แพทย์	20,053	24,668	21,758	108.5
2	ทันตแพทย์	5,996	7,495	6,073	101.3
3	พยาบาลวิชาชีพ	113,331	141,244	113,566	100.2
4	นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	8,045	9,501	6,759	84.0
5	เภสัชกร	9,319	11,620	9,302	99.8
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	7,303	8,838	5,632	77.1
7+8	นักวิชาการสาธารณสุข+เจ้าพนักงานสาธารณสุข	48,271	60,468	29,442	61.0
9	แพทย์แผนไทย	4,345	4,470	3,130	72.0
10	นักกายภาพบำบัด	4,415	5,516	3,092	70.0



นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเภสัชกร เรียงลำดับตามที่ขาดจากมากไปน้อย

**ชุดที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) และการวิจัยเชิงคุณภาพ**

เนื่องจากออกแบบการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม online ผ่าน Google form และการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ผลสอดคล้องกัน จึงนำเสนอผลการศึกษาร่วมกัน ดังนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้จาก 56 จังหวัด เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 32.9 รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขเท่ากันร้อยละ 16.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76.4 เป็นเพศหญิงร้อยละ 23.3 และเพศที่ 3 หรือเพศทางเลือก ร้อยละ 0.3 มีช่วงอายุ 41-50, 31-40, 20-30, 51-60, มากกว่า 60 ปี ตามลำดับ และมีช่วงอายุราชการของ 1-10, 21-30, 11-20, 31-40, มากกว่า 40 ปีตามลำดับ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน รพ.สต. ร้อยละ 60.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ร้อยละ 15.0 และ รพช. ร้อยละ 13.0 และระยะเวลาที่รับผิดชอบใน PCU หรือ NPCU คือ 5, 4, 1, 3, 6, 2 ปี ตามลำดับ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องชาญงานกำลังคนสาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวม 6 คน ประกอบด้วย เพศชาย 4 คน เพศหญิง 2 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.5 ปี ต่ำสุด 3.5 ปี สูงสุด 19.5 ปี โดยกลุ่มผู้บริหารมีมุมมองที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีบริบทและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ (1) ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (2) ผู้บริหารสังกัดสังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัด UHosNet ซึ่งยินดีทำงานปฐมภูมิตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีข้อจำกัดในตำแหน่งการจ้างต่างสังกัดที่แตกต่าง เช่น ในสังกัดกระทรวงกลาโหมไม่มีตำแหน่งทันตภิบาล มีแต่นายสิบทันตกรรม (เรียน

6 เดือน) ให้ทำหน้าที่แทนทันตภิบาล (เรียน 2 ปี) และไม่มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพแทน ในขณะที่สังกัด UHosNet ไม่มีตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในมหาวิทยาลัยแต่ใช้ชื่อผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรมแทน และไม่มีตำแหน่งทันตภิบาลแต่ใช้ชื่อผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมแทน

ส่วนผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติ ใน 10 สายงาน มี 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 คน เพศชาย 6 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่นาน 5 ปี (10 คน) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 5 ปี จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานใน PCC หรือ NPCU เฉลี่ย 29.7 ชม./สัปดาห์ ต่ำสุด 2.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ สูงสุด 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ 1. ผู้ปฏิบัติที่ตำแหน่งอยู่ รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย และ 2. ผู้ปฏิบัติที่ตำแหน่งอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่มาช่วยงานปฐมภูมิที่ รพ.สต. ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด รวมทั้งสาขาวิชาชีพหรือสายงานอื่นที่ถูกให้ไปช่วยงานปฐมภูมิ

### 2. แนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า รูปแบบ PCU หรือ NPCU ที่พึงประสงค์ควรมีโครงสร้างที่มีกฎกระทรวงรองรับ มีกรอบอัตรากำลัง สายบังคับบัญชา เส้นทางความก้าวหน้า และมีระบบสนับสนุนทั้งคน เงิน ของ ที่ชัดเจน สายงานที่ควรมีใน PCU หรือ NPCU เรียงตามลำดับคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล กายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตแพทย์ จำนวนประชากรที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU อยู่ที่ 8,001-12,000 คน และจำนวนประชากรสูงสุดที่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพ (รายบุคคล) คือไม่เกิน 1,000 คน การ

## การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จัดอัตราากำลังคนขั้นต่ำประจำ PCU หรือ NPCU ในพื้นที่ แบบในการบริหารจัดการควรกระจายอำนาจเนื่องจาก เฉพาะ เช่น เกาะ พื้นที่สูง หรือมีประชากรเบาบาง ฯลฯ บริบทและปัญหาของพื้นที่แตกต่างกัน รายละเอียดตาม คือ พยาบาลวิชาชีพและหรือนักวิชาการสาธารณสุข รูป ตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 แนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

รูปแบบหน่วยบริการ PCU	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รูปแบบหน่วยบริการ PCU หรือ NPCU ที่พึงประสงค์	368	95.4
- ควรมีโครงสร้าง (Structure) ที่มีกฎกระทรวงรองรับ มีกรอบอัตรากำลัง สายบังคับบัญชา และเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน รวมทั้งมีระบบสนับสนุนทรัพยากรทั้งคน เงิน ของ ที่ชัดเจน		
สาขาวิชาชีพหรือสายงานที่ควรมีใน PCU หรือ NPCU ที่พึงประสงค์ (เรียงตามลำดับ)	348-242	90.2-62.7
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล กายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข ทันตแพทย์	(สูงสุด-ต่ำสุด)	(สูงสุด-ต่ำสุด)
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU (ทั้งหน่วยงาน)		
8,001-12,000 คน	137	35.5
5,001-8,000 คน	75	19.4
จำนวนประชากรที่สามารถดูแลได้ที่สามารถดูแลได้อย่างมีคุณภาพ (รายบุคคล)		
0-1,000 คน	206	53.4
1,001-2,000 คน	48	12.4
ความเหมาะสมของภาระงานทั้งหมดที่ทำอยู่ในปัจจุบัน		
- งานล้น ทำไม่ทัน	181	46.9
บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)		
- ใน PCU ทุกขนาด ควรมีบุคลากรสายสนับสนุน เนื่องจากมีภาระงานที่ต้องดำเนินการ	303	79.3
การจัตกรอบอัตรากำลัง พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท		
- ถึงแม้บริบทและรูปแบบบริการจะแตกต่าง แต่กรอบอัตรากำลังคนควรเหมือนกัน โดยควรสนับสนุนเทคโนโลยีดิจิทัล	153	40.4
ทดแทน เช่น Tele-consultation		
การจัดอัตรากำลังคนขั้นต่ำ (Basic front office) ประจำ PCU หรือ NPCU ในพื้นที่เฉพาะ		
- พยาบาลวิชาชีพ	357	92.5
- นักวิชาการสาธารณสุข	298	77.2
รูปแบบในการบริหารจัดการ (คน เงิน ของ) ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ		
- ควรกระจายอำนาจ (Decentralization) เนื่องจากบริบทและปัญหาของพื้นที่แตกต่างกัน ให้ระบบบริหารจัดการอย่างน้อยแบ่งเป็นระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ	280	72.7
- ควรรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง (Centralization) โดย สสป. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ขับเคลื่อนนโยบาย สั่งการ	103	26.8
ควบคุมติดตามกำกับ ประเมินผล เพื่อความรวดเร็วและมีเอกภาพ		
การบริหารจัดการระดับเขตสุขภาพ		
- ให้สำนักงานเขตสุขภาพเป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ควบคุมติดตามกำกับและ	331	89.0
ประเมินผล รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลในระดับเขตสุขภาพ		
การบริหารจัดการระดับจังหวัด		
- ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ควบคุมติดตามกำกับ	292	77.7
และประเมินผล รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลในระดับจังหวัด		
การบริหารจัดการระดับอำเภอ		
- ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ควบคุมติดตามกำกับ	227	60.5
และประเมินผล รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลในระดับอำเภอ		

หมายเหตุ: เนื่องจากข้อมูลมีมาก จึงสรุปและนำเสนอเฉพาะผลความคิดเห็นส่วนใหญ่ในลำดับต้น ๆ เท่านั้น

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัญหาโครงสร้างอัตรากำลังคนใน PCU หรือ NPCU ในปัจจุบันมีดังนี้

1) PCU และ NPCU ยังไม่มีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง สายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ทำงานในลักษณะเชิง function ยังใช้โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของ รพ.สต. และต้องอาศัยบุคลากรเสริมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2) ความแตกต่างในบริบทและปัญหาของพื้นที่ ทำให้ความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

3) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน 2 หน่วยบริการ เช่น ตำแหน่งอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่มาช่วยงานใน PCU หรือ NPCU พบช่วงแรกทำงานได้ไม่มีปัญหา เมื่อเวลาผ่านไปจะเปรียบเทียบกับบุคลากรที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ในเรื่องค่าตอบแทน การได้รับพิจารณาความดีความชอบ โอกาสก้าวหน้าต่าง ๆ ที่มีน้อยกว่า ทำให้รู้สึกคับข้องใจและเริ่มมีความคิดจะไม่ขอปฏิบัติงานหรือลดเวลาปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ลง

แนวทางพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลการวิจัย พบว่า

1. โครงสร้างอัตรากำลังคน แบ่งพิจารณาเป็นองค์ประกอบและจำนวนที่เหมาะสม ดังนี้

1.1 องค์ประกอบที่เหมาะสม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) บุคลากรสาธารณสุข องค์ประกอบมีความเหมาะสมแล้ว แต่บางพื้นที่ต้องการให้เพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญตามความจำเป็นของปัญหาในพื้นที่ เช่น พื้นที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการสูงต้องการเพิ่มนักโภชนาการ บางพื้นที่มีปัญหายาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตสูง ต้องการเพิ่มนักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอเพิ่ม นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวอนามัย และ นักสุขศึกษา ด้วย

2) บุคลากรสายสนับสนุน ได้แก่ เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักจัดการงานทั่วไป (พ่อบ้าน) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และนักเทคโนโลยีสารสนเทศ ควรรวมศูนย์ระดับอำเภอ เพื่อให้มีประสิทธิภาพ หากจะมีใน PCU หรือ NPCU ควร มีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

3) ตำแหน่งผู้บริหาร PCU หรือ NPCU เสนอมี 2 รูปแบบคือ 1. รูปแบบคณะกรรมการ เนื่องจากไม่ต้องการรบกวนโครงสร้างอัตรากำลังคนของ รพ.สต. เน้นร่วมกันทำงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละสายงานตามที่กำหนด เพื่อเลี่ยงปัญหาความขัดแย้ง แต่จะมีปัญหาเรื่องการบังคับบัญชา การสั่งการ การดำเนินงาน และเส้นทางความก้าวหน้าของบุคลากรที่มาปฏิบัติงานที่ PCU หรือ NPCU 2. บริหารจัดการรูปแบบใหม่ ต้องออกแบบให้มีโครงสร้างกรอบอัตรากำลังของ PCU หรือ NPCU ที่พึงประสงค์ให้ชัดเจนและสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และตำแหน่งผู้อำนวยการ PCU หรือ NPCU ควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความสามารถเข้าสู่ตำแหน่ง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ ผ่านกระบวนการคัดเลือก โดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.2 จำนวนที่เหมาะสม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บุคลากรสาธารณสุข สัดส่วนของ 10 สายงาน ที่ออกแบบไว้ เหมาะสมสำหรับเป็นขั้นต่ำและเสนอเพิ่ม สัดส่วนขั้นสูง รวมทั้งเพิ่มบางสายงานในบางพื้นที่ที่มีปัญหาในเรื่องนั้นเป็นพิเศษ ทั้งนี้ ต้องพิจารณาภาระงาน ศักยภาพในการจ้างงาน รวมทั้งพื้นที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับปฏิบัติงานได้ ดังตารางที่ 3 และกำหนดเฉพาะพื้นที่ตามความจำเป็น 5 ตำแหน่งได้แก่ นักโภชนาการ/ โภชนาการ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวอนามัย และนักสุขศึกษา โดยกำหนดสัดส่วนขั้นสูง ต่อประชากร 1:30,000 และขั้นต่ำคือ 0

2) บุคลากรสายสนับสนุนใน PCU หรือ NPCU ควร รวมศูนย์ใน สสอ. หรือ รพ.แม่ข่าย มี 6 ตำแหน่ง โดยกำหนดขั้นต่ำคือ 0 ส่วนสัดส่วนขั้นสูง ต่อประชากร 1:30,000 มี 5 ตำแหน่งได้แก่ เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักจัดการงานทั่วไป (พ่อบ้าน) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และนักเทคโนโลยีสารสนเทศ และมี 1 ตำแหน่งที่กำหนดสัดส่วนขั้นสูง ต่อประชากร 1:15,000 คือ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

1.3 กรอบโครงสร้างบุคลากรของ PCU หรือ NPCU



## การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตารางที่ 3 กรอบโครงสร้างบุคลากรสาธารณสุข และสัดส่วนต่อประชากร ใน PCU หรือ NPCU ที่พึงประสงค์

ลำดับ	บุคลากรสาธารณสุข (front office)	จำนวนต่อประชากร	
		สัดส่วนขั้นต่ำ	สัดส่วนขั้นสูง
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1:10,000	1:5,000
2	ทันตแพทย์	1:30,000	1:10,000
3	พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเวชปฏิบัติ	1:2,500	1:1,500
4	ทันตภิบาล	1:10,000	1:7,000
5	เภสัชกร	1:30,000	1:10,000
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1:10,000	1:4,000
7+8	นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1:2,500	1:1,000
9	แพทย์แผนไทย	1:10,000	1:5,000
10	กายภาพบำบัด	1:30,000	1:10,000

หมายเหตุ: สัดส่วนขั้นสูง ใช้ค่าสูงสุดจากความเห็นทั้งหมดเป็นเกณฑ์

ที่พึงประสงค์ มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1) กรอบโครงสร้างบุคลากรในรูปแบบเดิม ที่ผสมผสานระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย สำหรับบุคลากรที่ตำแหน่งประจำที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จะต้องมาปฏิบัติงานที่ PCU หรือ NPCU ให้ได้มากที่สุด แต่ไม่ต้องปฏิบัติงานแบบเต็มเวลา ได้แก่ กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งยังมีความก้าวหน้าและได้รับค่าตอบแทนตามระบบเดิม สามารถทำงานในศักยภาพที่สูงกว่าไปอยู่ที่ PCU หรือ NPCU ไม่ต้องย้ายไปประจำในพื้นที่ที่มีความเจริญลดลง ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่า รูปแบบนี้เหมาะสมในช่วงเปลี่ยนผ่านและให้มีการบริหารจัดการ PCU หรือ NPCU ในรูปแบบคณะกรรมการ

2) กรอบโครงสร้างบุคลากรรูปแบบใหม่ของ PCU หรือ NPCU ต้องมีโครงสร้างที่มีกฎกระทรวงรองรับ มีกรอบอัตรากำลัง (ขั้นต่ำ ขั้นสูง) ครบทั้ง 10 สายงานตามสัดส่วนที่กำหนด มีตำแหน่งประจำที่ PCU หรือ NPCU โดยแบ่งลักษณะพื้นที่เป็น 3 แบบ (1) พื้นที่เมือง (2) พื้นที่ชนบท และ (3) พื้นที่พิเศษ เช่น เกาะ พื้นที่สูง หรือมีประชากรเบาบาง ฯลฯ สำหรับพื้นที่เมืองและชนบทในกรณีที่มีประชากรรับผิดชอบเท่ากัน ควรจัดสรรบุคลากรให้พื้นที่ชนบทมากขึ้นเนื่องจากต้องใช้เวลาเดินทางที่มาก

ส่วนพื้นที่พิเศษควรมีกรอบอัตรากำลังเท่าที่จำเป็น เช่น พยาบาลวิชาชีพ และหรือนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ในกรณีที่เกิดศักยภาพให้ปรึกษาผ่าน Telemedicine หรือส่งต่อ กำหนดเป็น NPCU รูปแบบเฉพาะเพื่อให้ครอบคลุมทั่วประเทศ รวมทั้งปรับค่าตอบแทนให้สูงกว่าพื้นที่เขตเมืองและชนบท

3) ในกรณีที่ PCU หรือ NPCU ประกอบด้วยหน่วยงานมากกว่า 1 สังกัด แต่ละสังกัดมีโครงสร้างกรอบอัตรากำลังและกฎหมายบังคับของตนเอง จึงควรบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการร่วม เปิดโอกาสให้มีการสมัครและมีกระบวนการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่งต่างๆ โดยคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดพื้นที่ความรับผิดชอบบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สนับสนุนเกื้อกูลและแก้ปัญหาพร้อมกัน

### 2. การบริหารจัดการกำลังคน

2.1 การบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ในภาพรวมควรเป็นแบบผสมผสาน โดยในระยะแรกจำเป็นต้องรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง (Centralization) เพื่อกำหนดนโยบาย ทิศทาง ออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมระดับประเทศ สื่อสารทำความเข้าใจ จัดสรรทรัพยากร เตรียมความพร้อมพื้นที่ ควบคุมติดตาม

กำกับ ประเมินผลในภาพรวม ระยะถัดมาควรกระจายอำนาจ (decentralization) ให้พื้นที่แต่ละระดับ (เขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการปฐมภูมิ) บริหารจัดการทรัพยากรด้วยตัวเองให้มากที่สุด มีระบบสั่งการ ควบคุม ติดตามกำกับ ประเมินผล ผ่านโครงสร้างตามระเบียบบริหารราชการแผ่นดินทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภายใต้ พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่คู่ขนานไปด้วย

ดำเนินการพัฒนา PCU หรือ NPCU ให้เป็นหน่วยเบิกจ่ายที่สามารถรับเงิน เก็บรักษาเงิน และใช้จ่ายเงินเองได้ โดยบริหารจัดการเงินเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ให้ PCU หรือ NPCU รับเงินร่วมกับ รพ.แม่ข่าย เพื่อให้ รพ.แม่ข่าย ช่วยสนับสนุนทรัพยากรด้วย ในกรณีที่ PCU หรือ NPCU ประกอบด้วยหน่วยย่อยมากกว่า 1 สังกัด หากเป็นของสังกัดใด สังกัดนั้นควรสนับสนุนทรัพยากรที่ต้องการเพิ่มเติมให้

2.2 แนวทางการปรับกำลังคน ต้องรวมกลุ่มของ รพ.สต. เพื่อให้มีประชากรรับผิดชอบ  $\geq 8,000$  คน ขึ้นไป และขึ้นทะเบียนให้เป็น PCU หรือ NPCU รวมทั้งปรับย้ายบุคลากรให้มาประจำตำแหน่ง มีดังนี้

1) รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่มีประชาชน 8,000 คนขึ้นไป สามารถยกระดับเป็น PCU ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่ รพ.สต. ขนาดกลางและเล็กต้องมารวมกันหรือรวมกับ รพ.สต. ขนาดใหญ่ โดยต้องอยู่ในพื้นที่ที่ติดกันตามลักษณะภูมิศาสตร์ จากนั้นจึงออกแบบกำลังคนรองรับ

2) บริหารจัดการกำลังคนในลักษณะองค์กรเสมือนจริง (virtual organization) โดยช่วงเปลี่ยนผ่าน ให้ร่วมกันปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด สำหรับกรอบอัตรากำลังที่ไม่มีใน รพ.สต. แต่ตำแหน่งอยู่ที่โรงพยาบาล-แม่ข่าย จะต้องแบ่งงานแบ่งเวลาให้ชัดเจน

3) บริหารจัดการกำลังคน ในลักษณะหน่วยงานที่มีโครงสร้างตามกฎกระทรวง ต้องออกแบบโครงสร้างใหม่ กำหนดกรอบอัตรากำลัง (ขั้นต่ำ ขั้นสูง) มีการวิเคราะห์ค่างานและคำบรรยายลักษณะงาน (job description) และ

บทบาทภารกิจตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ของแต่ละสาขาวิชาชีพ ทั้งในพื้นที่เมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่พิเศษ มีสายบังคับบัญชาเส้นทางความก้าวหน้า ที่ชัดเจนไม่แตกต่างจากบุคลากรที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีคณะกรรมการกลางจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บค.สป. สสป. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร (กพร.) สายงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มาร่วมกัน ออกแบบ และมีการพัฒนาเป็นระยะๆ

4) การปรับกำลังคนจาก รพ.สต. และจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาเป็น PCU หรือ NPCU ควรใช้ระบบสมัครใจ เป็นเบื้องต้น รวมทั้งบริหารตำแหน่งเกษียณไม่จ่ายลงที่เดิม และบริหารตำแหน่งว่างตามนโยบายเน้นขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยจ่ายตำแหน่งลง PCU หรือ NPCU ค่อยๆ ลดตำแหน่งที่ไม่จำเป็นใน รพ.สต. ลงแล้วไปเพิ่มในตำแหน่งที่ขาดใน PCU หรือ NPCU แทนสำหรับตำแหน่งพนักงานราชการและพนักงานกระทรวง-สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขสามารถสนับสนุนให้เองได้

5) ปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสม โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ได้รับค่าตอบแทนไม่แตกต่างจากบุคลากรสายงานเดียวกันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

6) ปรับทัศนคติบุคลากร (Mindset) เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ตาม “นโยบาย 3 หมอ” หรือ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”

2.3 สถานที่ปฏิบัติงาน ปรับพื้นที่ของ รพ.สต.หลัก เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ PCU หรือ NPCU เพื่อรองรับทุกสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1) ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยปรับพื้นที่ให้เหมาะสมกับภาระงานของบุคลากรและให้ได้มาตรฐานวิชาชีพสำหรับปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU (คนละมาตรฐานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย)

2) ลงทุนใหม่ ในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น ทั้งนี้ ต้องพิจารณางบประมาณที่มีหรือแหล่งเงินสนับสนุนด้วย

**การพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ**

3) ปรับรูปแบบบริการใหม่ เช่น Mobile unit กรณี  
 ทัศนกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเดินทางทั้งผู้ให้บริการ  
 และผู้รับบริการ

**2.4 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)**

1) ควรเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างตามกฎหมายกระทรวง  
 รองรับ มีบทบาทภารกิจ กรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน มีการ  
 เบิกจ่ายงบประมาณที่ถูกต้องตามระเบียบของกระทรวง-  
 การคลัง ผู้บริหารของ สสป. ปฏิบัติราชการเป็นการประจำ  
 และ สสป. ต้องเป็นหลักให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิและส่วน  
 ภูมิภาค

2) ควรแยกตัวออกจากสำนักงานปลัดกระทรวง  
 สาธารณสุข เป็นหน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงฯ  
 คล้ายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย  
 และภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562  
 เพื่อให้เกิดระบบธรรมาภิบาลที่ดี เนื่องจากต้องตรวจสอบ

ติดตามควบคุมกำกับ ประเมินผล และสนับสนุนทรัพยากร  
 ให้ PCU หรือ NPCU ทุกสังกัด

**3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการ  
 พัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพ  
 ปฐมภูมิ ให้เป็นรูปธรรม**

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่มี  
 ความคิดเห็นในระดับสูง สำหรับปัจจัยสำคัญที่สุด (เหตุผล  
 ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด) ที่ทำให้บุคลากรมาปฏิบัติงานที่ PCU  
 หรือ NPCU คือ มีความชัดเจนในงานที่ทำมีเส้นทางความ  
 ก้าวหน้าชัดเจน สำหรับปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคลากร  
 ปฏิบัติงานที่ PCU หรือ NPCU ที่ทุรกันดารห่างไกล คือ  
 มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่มากกว่าระบบปกติ สำหรับ  
 ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานที่ PCU นาน  
 มากกว่า 10 ปี คือ มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีระบบ  
 สนับสนุนที่เพียงพอ รายละเอียดตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ**

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
<b>การทำให้บุคลากรมาปฏิบัติงานที่ PCU หรือ NPCU</b>			
1. ผลิตบุคลากรให้มากเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด	3.06	0.89	ปานกลาง
2. มีตำแหน่งรองรับบรรจุเป็นข้าราชการ มีความมั่นคง	4.01	1.33	สูง
3. มีความชัดเจนในงานที่ทำ มีเส้นทางความก้าวหน้าชัดเจน	4.03	1.03	สูง
4. มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่มากเพียงพอ	3.99	0.92	สูง
5. เป็นงานที่มีเกียรติมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ และท้าทาย	3.99	0.95	สูง
<b>การทำให้บุคลากรปฏิบัติงานที่ PCU ที่ทุรกันดาร ห่างไกล</b>			
1. ผลิตบุคลากรให้มากเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด	3.22	0.87	ปานกลาง
2. บรรจุเป็นข้าราชการ มีเงื่อนไขต้องปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นไม่น้อยกว่า 5 ปี หรือเพิ่มเงินชดเชยทุนให้สูงขึ้น	3.90	1.21	สูง
3. ให้ตำแหน่งข้าราชการแก่คนในพื้นที่เป็นลำดับแรก	3.87	1.14	สูง
4. มีเส้นทางความก้าวหน้าที่มากกว่าระบบปกติ	3.92	0.84	สูง
5. มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่มากกว่าระบบปกติ	3.97	0.95	สูง
6. รู้สึกว่า เป็นการเสียสละมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจ	3.94	1.33	สูง
<b>การทำให้บุคลากรปฏิบัติงานที่ PCU ได้นานมากกว่า 10 ปี</b>			
1. มีระบบงานที่ดี ชัดเจน	4.04	1.43	สูง
2. สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ทั้งผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ	4.12	1.37	สูง
3. มีเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน พิจารณาตามผลงาน	4.03	0.98	สูง
4. มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน	4.07	1.07	สูง
5. ความสุขกับงานที่ทำ มีความคุ่นชินไม่ต้องการปรับตัวใหม่	4.02	1.22	สูง

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้

การผลิตและแรงจูงใจ ปัญหาการผลิตบุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มี 2 ประเด็น (1) การผลิตบุคลากรไม่เพียงพอ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด และทันตภิบาล (2) การผลิตบุคลากรที่เกินความต้องการของตลาดแรงงาน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข

ปัญหาสำคัญที่ไม่ดึงดูดบุคลากรเข้ามาในระบบสุขภาพปฐมภูมิคือ ไม่มีโครงสร้างกรอบอัตรากำลังและเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน มีตำแหน่งข้าราชการให้น้อยมาก และมีเงินเดือนค่าตอบแทนน้อย สำหรับแรงจูงใจให้บุคลากรเข้ามาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ (1) โครงสร้าง PCU หรือ NPCU ที่มีกฎกระทรวงรองรับ มีกรอบอัตรากำลังเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน (2) การบรรจุตำแหน่งข้าราชการ (3) มีค่าตอบแทนที่เหมาะสมอย่างน้อยให้เท่ากับโรงพยาบาลแม่ข่าย (4) ที่ทำงานใกล้บ้าน ไม่มีความเสี่ยง (5) สถาบันการผลิตมีส่วนสำคัญในการสร้างประสบการณ์และแรงจูงใจ เช่น กำหนดในหลักสูตรให้นักศึกษามาฝึกงานหรือฝึกอบรมพิเศษในหน่วยปฐมภูมิ และ (6) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยยังไม่ได้รับความนิยม หากพัฒนาให้มีบทบาทหน้าที่เฝ้าระวังประเด็นปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือพบแพทย์เฉพาะทางที่เหมาะสมในฐานะ Gatekeeper ได้ดี จะทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ยอมรับและจะมีผู้มาเรียนสาขานี้มากยิ่งขึ้น

การกระจายบุคลากร ปัญหาการกระจายบุคลากรไม่ทั่วถึง พบว่า พื้นที่ทุรกันดารห่างไกลยังขาดแคลนบุคลากรสำหรับแรงจูงใจที่จะดึงดูดคนให้ไปทำงานที่ PCU หรือ NPCU ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล ได้แก่ (1) กระจายตำแหน่งข้าราชการให้ PCU หรือ NPCU ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล (2) เพิ่มค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัยให้

มากกว่าพื้นที่ปกติ (3) มีระบบสาธารณูปโภคในโรงพยาบาลที่ดี มี Internet (4) ให้มีโอกาสหรือเส้นทางความก้าวหน้ามากกว่าพื้นที่ปกติ และ (5) ให้โอกาสคนที่มีภูมิสำเนาในพื้นที่ได้รับทุนไปเรียนในสาขาต่างๆ ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยกำหนดให้กลับมาใช้ทุนในพื้นที่เดิมตั้งแต่แรก ต้องมาใช้ทุนให้นานมากขึ้น และปรับการชดใช้เงินเพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันการซื้อตัวจากภาคเอกชน

การธำรงรักษา ปัญหาสำคัญที่ไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรให้ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ได้นานๆ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสม ไม่มีตำแหน่งข้าราชการ ค่าตอบแทนไม่เพียงพอ ขาดธรรมาภิบาลในการประเมินความก้าวหน้า ปัญหาจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงาน ฯลฯ สำหรับแรงจูงใจในการธำรงรักษาให้บุคลากรปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ได้นานๆ ได้แก่ (1) มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ (2) ได้ทำงานใกล้บ้าน (3) บรรจุตำแหน่งข้าราชการให้ครบทุกสาขาวิชาชีพ/สายงานใน PCU หรือ NPCU (4) ให้ค่าตอบแทนมากเพียงพอ และ (5) มีธรรมาภิบาลในการประเมินความก้าวหน้า

## วิจารณ์

การจัดบริการปฐมภูมิตามแนวทางที่กำหนดใน พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>(5)</sup> ประกอบกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) กำหนดจำนวนประชากร 10,000±2,000 คนต่อหนึ่งทีมเป็นหลัก และกำหนดประเภทบุคลากรในทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพรวม 9 สายงาน (นับรวมนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขรวมกัน) และกำหนดสัดส่วนให้ทันตแพทย์ เกสัชกร และนักกายภาพบำบัดหนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้นจึงมี รพ.สต. ขนาดใหญ่ สามารถยกระดับเป็น PCU ได้ด้วยตนเอง จากการใช้กรอบของจำนวนประชากรยังส่งผลให้เกิดการรวมตัวของ รพ.สต. แบบเครือข่าย ที่มีการรวมกันตั้งแต่ 2



รพ.สต. และ 3 รพ.สต. ขึ้นไป บุคลากรอย่างน้อยต้องประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวมเป็น 5 คน<sup>(17)</sup> ที่กล่าวมาเป็นกรอบแนวทางในการจัดกำลังคนสาธารณสุขรองรับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการด้านกำลังคนเพื่อให้ครบตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ และยังส่งผลต่อการบริหารจัดการงบประมาณร่วมด้วย<sup>(17,18)</sup>

### แนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานกำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า ภาพรวม 10 สายงาน ใน 12 เขตสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีเพียง 3 สายงานที่จำนวนบุคลากรที่มีอยู่จริงในปี 2563 อยู่ระหว่างเกณฑ์ขั้นต่ำและขั้นสูงตามกรอบอัตราสำหรับปีงบประมาณ 2560-2564 คือ สายงานแพทย์ทันตแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ และมีจำนวนเกินขั้นต่ำไม่มากนัก ในขณะที่ 7 สายงานที่เหลือมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเภสัชกร เรียงลำดับที่ขาดจากมากไปน้อย ซึ่งมีเพียงข้อมูลเกณฑ์ขั้นต่ำขั้นสูงของแพทย์ ยังไม่มีเกณฑ์ขั้นต่ำขั้นสูงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดังนั้นในภาพรวมกำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิยังต้องพัฒนาอีกมาก

ผลการศึกษาทั้งจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความสอดคล้องกัน โดยปัญหาโครงสร้างอัตรากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิปัจจุบัน คือ PCU และ NPCU ยังไม่มีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง สายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ทำงานในลักษณะเชิง function โดยใช้โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของ รพ.สต. และต้องอาศัยบุคลากรเสริมจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การขับเคลื่อน

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นการทำงานร่วมกันในหลายสังกัด พบมีความแตกต่างของตำแหน่งการจ้างงาน ซึ่งควรศึกษาและปรับหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ให้สามารถขับเคลื่อนไปด้วยกันได้ อีกทั้งมีความแตกต่างในบริบทและปัญหาของพื้นที่ ทำให้ความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน และบุคลากรที่ตำแหน่งอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ต้องมาช่วยงานใน PCU หรือ NPCU เริ่มมีปัญหารื่องค่าตอบแทนและโอกาสก้าวหน้าที่น้อยกว่าเดิม ทำให้รู้สึกคับข้องใจและเริ่มมีความคิดจะไม่ขอปฏิบัติงานหรือลดเวลาปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ลง

การปรับการทำงานจาก รพ.สต. มาเป็น PCU หรือ NPCU ส่งผลให้มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ในขณะที่การบริหารกำลังคนใน รพ.สต. ยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร มีบุคลากรแต่ละประเภทไม่เพียงพอทั้งจำนวนและตำแหน่งเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด<sup>(19)</sup> ดังนั้นการออกแบบกรอบอัตรากำลังใน PCU หรือ NPCU ทั้งประเภทบุคลากรและจำนวนให้ครบตามเกณฑ์เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมีความสำคัญมากสำหรับแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขของประเทศจำเป็นต้องมุ่งเน้นทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพรวมทั้งปรับใช้เทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนการทำงานด้วย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกันของประชาชน<sup>(20)</sup> ทั้งนี้ จะมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในเชิงปริมาณ โดยการเพิ่มบุคลากรเข้าสู่ระบบอย่างเดียวน่าจะไม่<sup>(21)</sup> จำเป็นต้องมุ่งเน้นในการแก้ปัญหาเรื่องการกระจายกำลังคนเพื่อให้เกิดความครอบคลุม โดยกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforces) ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก<sup>(3)</sup> การบริหารจัดการกำลังคนปฐมภูมินั้นควรมีการเตรียมความพร้อมโดยคำนึงถึงลักษณะของภูมิประเทศ การดำเนินงาน การบริการจัดการที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการประสบความสำเร็จ<sup>(22)</sup>



## ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนา กำลังคนสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐม- ภูมิ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จจะต้องพิจารณาทั้งปัจจัยที่  
ดึงดูดให้บุคลากรมาปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
การกระจายบุคลากรไปปฏิบัติงานที่ทุรกันดารห่างไกล  
และการอํารงรักษาบุคลากรคุณภาพให้ปฏิบัติงานใน  
ระบบได้นานๆ ได้แก่ PCU หรือ NPCU มีโครงสร้างที่มี  
กฎกระทรวงรองรับ มีความชัดเจนในงานที่ทำมีเส้นทาง  
ความก้าวหน้าชัดเจน มีเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมะ-  
สมกับสภาพพื้นที่ มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีระบบ  
สนับสนุนที่เพียงพอ บรรลุเป็นข้าราชการ และให้โอกาส  
คนที่มีภูมิภานาในพื้นที่ได้รับทุนไปเรียนในสาขาต่าง ๆ  
ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยกำหนดให้กลับมาใช้ทุนใน  
พื้นที่เดิมตั้งแต่แรก ต้องใช้ทุนให้นานมากขึ้น และปรับ  
การชดใช้เงินเพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันการซื้อตัวจาก  
ภาคเอกชน

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สรุปแนวทางในการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขและ  
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนา  
กำลังคนสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1) การรวมกลุ่มของ รพ.สต. เพื่อให้มีจำนวน  
ประชากรรับผิดชอบตั้งแต่ 8,000 คนขึ้นไป จึงจะขึ้น  
ทะเบียนเป็น PCU หรือ NPCU กับ สสป. ได้ จะมีเฉพาะ  
รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่สามารถยกระดับเป็น PCU ได้ด้วย  
ตนเอง ในขณะที่ รพ.สต. ขนาดกลางและเล็กต้องมารวม  
กันหรือรวมกับ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ทั้งนี้ ต้องอยู่ในพื้นที่  
ที่ติดกันตามลักษณะภูมิศาสตร์ จากนั้นจึงออกแบบกำลัง  
คนที่เหมาะสมของระบบสุขภาพปฐมภูมิรองรับ

2) PCU หรือ NPCU ควรมีโครงสร้างที่มีกฎกระทรวง  
รองรับ มีกรอบอัตรากำลังที่องค์ประกอบและจำนวนที่  
เหมาะสม เป็นกรอบขั้นต่ำสูงสุดเพื่อปรับให้เหมาะสมตาม

บริบทและปัญหาในแต่ละพื้นที่โดยวิเคราะห์ค่างานให้  
ชัดเจน ทั้งพื้นที่เมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่พิเศษ เช่น  
เกาะ พื้นที่สูง ที่มีประชาชนเบาบาง ฯลฯ สำหรับพื้นที่  
พิเศษควรมีกรอบอัตรากำลังเท่าที่จำเป็นเพื่อความคุ้มค่า  
และความเป็นไปได้ สำหรับตำแหน่งผู้อำนวยการ PCU  
หรือ NPCU ควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความรู้เข้าสู่  
ตำแหน่ง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการ-  
สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ ผ่านกระบวนการ  
คัดเลือก โดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วน  
เสีย

3) การปรับกำลังคนจาก รพ.สต. และจาก รพ.แม่-  
ข่ายมาเป็น PCU หรือ NPCU ควรใช้ระบบสมัครใจ ร่วม  
กับบริหารตำแหน่งเกษียณไม่จ่ายลงที่เดิม และบริหาร  
ตำแหน่งว่างโดยจ่ายลงใน PCU หรือ NPCU ค่อยๆ ลด  
ตำแหน่งที่ไม่จำเป็นใน รพ.สต. ลง แล้วไปเพิ่มในตำแหน่ง  
ที่ขาดใน PCU หรือ NPCU แทน และสำหรับตำแหน่ง  
พนักงานราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
สามารถสนับสนุนเองได้ กรณีที่จ้างด้วยเงินนอกบ-  
ประมาณหากหน่วยบริการมีปัญหาสภาพคล่องทางการ  
เงินสมควรยุติการจ้างในตำแหน่งที่ไม่จำเป็นลง

4) การบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ใน  
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควรเป็นแบบผสมผสานทั้งการรวม  
ศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง (centralization) และการกระจาย  
อำนาจ (Decentralization) โดยในระยะแรกช่วงเปลี่ยน  
ผ่านการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางเพื่อความรวดเร็วและ  
มีเอกภาพ สำหรับการกระจายอำนาจควรกระจายอำนาจ  
ให้พื้นที่แต่ละระดับ (เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ และ  
หน่วยบริการปฐมภูมิ) บริหารจัดการ สั่งการ ควบคุม  
ติดตามกำกับ ประเมินผล ให้ยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบท  
และแก้ไขปัญหาของพื้นที่ตนเองได้

5) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ควร  
ปรับเป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างตามกฎกระทรวงรองรับ  
มีบทบาทภารกิจ กรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน มีการเบิกจ่าย  
งบประมาณที่ถูกต้องตามระเบียบของกระทรวงการคลัง  
และ สสป. ต้องเป็นหน่วยงานหลักให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

6) การกำหนดค่าตอบแทนในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พิจารณาตามความยากง่าย ภาระงาน ทักษะเฉพาะ ฯลฯ บนหลักความเป็นธรรมควรได้รับค่าตอบแทนไม่แตกต่างจากบุคลากรสายงานเดียวกันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล-แม่ข่าย พิจารณาความเหมาะสมของแหล่งเงินที่สนับสนุนทั้งจากแหล่งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารอบอัตราค่าจ้างคน (ขั้นต่ำ ขั้นสูง) ของแต่ละสาขาวิชาชีพ/ สายงานที่เหมาะสมของ PCU หรือ NPCU ในลักษณะหน่วยงานที่มีโครงสร้าง (structure) ที่มีกฎกระทรวงรองรับ โดยวิเคราะห์ค่าจ้างและมีคำบรรยายลักษณะงาน (job description) ในแต่ละสาขาวิชาชีพ/สายงานให้ชัดเจน กำหนดบทบาทภารกิจตามพรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่เฉพาะ

2) ควรศึกษาค่าตอบแทนในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU หรือ NPCU ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พิจารณาตามความยากง่าย ภาระงาน ทักษะเฉพาะ ฯลฯ บนหลักความเป็นธรรมควรได้รับค่าตอบแทนไม่แตกต่างจากบุคลากรสายงานเดียวกันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล-แม่ข่าย และพิจารณาแหล่งเงินสนับสนุนสำหรับค่าตอบแทนทั้งจากแหล่งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ

## เอกสารอ้างอิง

1. Starfield B, Shi L, Macinko J, Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;85: 457-502.
2. Gramam B. Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):398.
3. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care - now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชนในคณะกรรมการการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วุฒิสภา; 2563.
5. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 236, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
6. ดวงดาว ศรียากุล, บวรศม ลีระพันธ์, ศิริพร ณ ราชสีมา, สันติ ลาภเบญจกุล, สาวิตรี ต้นเจริญ, ชัยณรงค์ สังข์จ่าง. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (service plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered primary care). นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข; 2563.
7. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกำลังคน 2563. นนทบุรี: สำนักงาน-ปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. สุรินทร์ กูเจริญประสิทธิ์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. ศึกษาปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองกรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. *วารสารสมาคม-เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2560;8(2):182-90.
9. สุพิตรา ศรีวิชัยกร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลเดช, พุกษา บุคบุญ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547-58. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
10. World Health Organization. Human resources for health action framework (HAF), a guide to develop and implementation strategies to achieve an effective and sustainable health workforce. Massachusetts: Management Sciences for Health; 2009.
11. กลุ่มงานอัตราค่าจ้าง. โครงสร้างและกรอบอัตราค่าจ้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ พ.ศ. 2560-64. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.

12. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/16oKw-SIQO1iFUT72ygSOtPMqC7P903Uyn>
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
14. Global Health Workforce Alliance. Human resources for health action framework: Guide to develop and implement strategies to achieve an effective and sustainable health workforce. Cambridge, MA: Management Sciences for Health; 2009.
15. Kaplan AD, Dominis S, Palen JG, Quain EE. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? *Human Resources for Health* 2013;11(1):1-12.
16. Miller WL, Crabtree BF. Clinical research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 340-52.
17. วิน เตชะเคหะกิจ, นกษา สิงห์วีรธรรม, อีระศักดิ์ วงศ์ใหญ่, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการ-ปฐมภูมิ กรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2561. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ* 2563;13(2):192-203.
18. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, กัญจนดิษยาธิคม, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, นำพร สามิภักดิ์. ต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว. *วารสารวิจัยระบบ-สาธารณสุข* 2562;13(2):175-87.
19. กฤษดา แสงดี, บรรณาธิการ. แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. *นันทบุรี: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข*; 2562.
20. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004;364(9443),1451-56.
21. Kabene MS, Orchard C, Howard MJ, Soriano AM, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health* 2006;4(20):1-17.
22. Regan S, Wong ST, Watson DE. Public perspectives on health human resources in primary healthcare: context, choices and change. *Health Care Policy* 2010;5(3):e162-72.

**Abstract: Public Health Manpower Development to Support Primary Health Care**

Wichian Thianjuruwatthana, M.D.\*; Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.\*\*; Saisamorn Vachirapapun, M.S.\*\*\*

\*Office of the Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health; \*\* Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Praboromarajchanok Institute, Thailand; \*\*\* Independent Researcher

*Journal of Health Science 2021;30(4):743-59.*

This research aimed to study the development of public health manpower and key success factors in driving the development of public health manpower to support primary health care. The mixed methods were applied. The quantitative method consisted of secondary data and primary data studies. Using systematic sampling, the sample was 386 personnel working in a PCU (primary care unit) or NPCU (network of primary care units) registered with the Bureau of Primary Health System Support, Ministry of Public Health. A questionnaire was created by the researcher for data collection. Its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of 0.97. Data were collected via the LINE application and analyzed using descriptive statistics. For the qualitative method, key informants were selected using purposive sampling, including administrators with expertise in the public health workforce of primary health care and practitioners at the PCU or NPCU. A semi-structured interview questionnaire was used. Face-to-face and telephone interviews were used for data collection. Content analysis was conducted. The results showed that guidelines for the development of public health manpower included: (1) having an official structure of PCU or NPCU endorsed by the ministerial regulations, (2) ensuring adequate numbers of qualified workforce with a range of minimum and maximum number for an adjustment to suit local context, and (3) managing resources of primary health care taking into account an integration of both centralized and decentralized authorities. The key success factors in driving the development of the public health workforce included providing incentives to personnel for working within primary health care by promoting a clear career path with position of government servants, giving sufficient compensation, promoting family medicine to be more accepted, distribution of health personnel, retaining health personnel by setting professional career paths, working near to their hometown, and providing good governance in the workplaces.

**Keywords:** primary health care; public health manpower development; Ministry of Public Health